

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης

ΣΚΟΠΟΣ Η περιγραφή της τρέχουσας κατάστασης και η διατύπωση μεταρρυθμιστικών προτάσεων για την ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), με έμφαση στα ζητήματα που σχετίζονται με τους οικογενειακούς ιατρούς (ΟΙ). ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Αντλήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας συγκεντρωτικά δεδομένα για τη γεωγραφική κατανομή των ΟΙ και τη χρήση υπηρεσιών τους από τους ασθενείς κατά το έτος 2019. Τα δεδομένα αυτά συνδυάστηκαν με πληθυσμιακά δεδομένα, προκειμένου να κατασκευαστούν δείκτες πυκνότητας και παραγωγικότητας των εν λόγω επαγγελματιών υγείας. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι κάθε αυτοαπασχολούμενος ΟΙ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είχε κατά μέσο όρο 874 εγγεγραμμένους στον κατάλόγο του(της), με τον μέσο όρο των παιδίατρων (4.569 εγγεγραμμένοι/ιατρός) να είναι πολλαπλάσιος εκείνου των παθολόγων-γενικών ιατρών (1.081 εγγεγραμμένοι/ιατρός). Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν για τους ΟΙ των μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), με τον μέσο κατάλόγο τους όμως να είναι σαφώς λιγότερο επιβαρυνμένος (129 εγγεγραμμένοι/ιατρός). Κοινός παρονομαστής ήταν οι σημαντικές γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στον αριθμό ωφελούμενων ανά ιατρό, καθώς και ότι στους καταλόγους των δύο κατηγοριών ΟΙ (ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ) βρέθηκε εγγεγραμμένο σωρευτικά μόλις το 10% του πληθυσμού της χώρας (2019). Παράλληλα, η χρήση των υπηρεσιών βρέθηκε εντονότερη για τους ΟΙ του ΕΣΥ (901 επισκέψεις/ιατρός, 4 επισκέψεις/εγγεγραμμένο) σε σύγκριση με τους αυτοαπασχολούμενους (103 επισκέψεις/ιατρός, 2,8 επισκέψεις/εγγεγραμμένο), με αξιοσημείωτο το τυπικό πλεόνασμα παραγωγικότητας στις τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ) σε σχέση με τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία (ΚΥ-ΠΙ), που εκτιμάται στη συνταγογράφηση των αστικών περιοχών. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο θεσμός του ΟΙ στην Ελλάδα υπολειτουργούσε, με ανεπάρκεια ιατρών, ανορθολογική γεωγραφική κατανομή τους και σημαντικές διαφοροποιήσεις στην επιβάρυνση του καταλόγου και στην παραγωγικότητα. Γι' αυτό, απαιτούνται μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στην κατεύθυνση της δημιουργίας οικονομικών κινήτρων για τους ΟΙ, καθώς και ενοποίησης της οργάνωσης και της λειτουργίας των δομών ΠΦΥ, αρχίζοντας με την εκμετάλλευση των σύγχρονων τεχνολογιών Πληροφορικής.

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού (ΟΙ) τοποθετήθηκε εδώ και αρκετές δεκαετίες στον πυρήνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Παρουσιάστηκε αρχικά στην Αγγλία (general practitioners), πριν από 70 περίπου έτη, και σήμερα λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και ως «πλοηγητής» (navigator) του ασθενούς στις επόμενες βαθμίδες φροντίδας υγείας.¹ Επιπρόσθετα, στα περισσότερα συστήματα ΠΦΥ πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι λοιποί επαγγελματίες

υγείας (νοσηλεύτες, φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές, μάιες, ψυχολόγοι κ.λπ.).²

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα διαθέτει περίπου 2.000 σημεία («κτήρια») δημόσιας παροχής ΠΦΥ, όπως περιφερειακά (αγροτικά) ιατρεία, τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), κυρίως σε αστικές περιοχές, κέντρα υγείας σε κωμοπόλεις, κυρίως της περιφέρειας, και ανάλογες μονάδες στα αστικά κέντρα. Τα στοιχεία Μαρτίου 2020, όπως αντλήθηκαν από πληροφοριακά συστήματα του Υπουργείου Υγείας, μέσω της Γενικής Γραμματείας Υπηρεσιών Υγείας, δείχνουν ότι

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(4):524–530
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(4):524–530

Σ. Καρακόλιας,¹
Δ. Μπαρτζώκας,²
Ν. Πολύζος¹

¹Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Κομοτηνή

²Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

Primary health care: The Greek
case, in the perspective of reform

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Γεωγραφική κατανομή
Μεταρρύθμιση
Οικογενειακός ιατρός
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Χρήση υπηρεσιών

Υποβλήθηκε 11.12.2020

Εγκρίθηκε 26.12.2020

απασχολούνται στη δημόσια ΠΦΥ συνολικά 14.020 εργαζόμενοι, μεταξύ των οποίων 4.636 ιατροί (περιλαμβανομένων και των αγροτικών).³ Στους προαναφερθέντες προστίθενται, κατά καιρούς, ιδιώτες γενικοί ή ειδικοί ιατροί, που συμβάλλονται με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Στην Ελλάδα, ο θεσμός του ΟΙ, αν και προβλεπόταν ήδη από τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) (1983), έως σήμερα δεν έτυχε ουσιαστικής εφαρμογής. Το παράδοξο είναι ότι στην τελευταία δεκαετία πραγματοποιήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στην ΠΦΥ –κυρίως μέσω της διαμόρφωσης του μονοψωνίου του ΕΟΠΥΥ (2011–2012),⁴ της σύστασης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) (2014) και, τελευταία, των ΤΟΜΥ (2017–2018)– οι οποίες στο σύνολό τους ευνοούσαν ή και προέβλεπαν την καθολική εφαρμογή του θεσμού.

Παρά τις ανωτέρω μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, όμως, η εφαρμογή του θεσμού υπονομεύεται καθοριστικά από την ανέκαθεν χαμηλή πυκνότητα γενικών ιατρών, ενώ η συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα υποτίθεται ότι αποτελεί τη «ραχοκοκαλιά» του. Υπολογίζεται ότι στο 2017 η Ελλάδα διέθετε τη μεγαλύτερη πυκνότητα ιατρών μεταξύ των 36 χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (6,1 έναντι κατά μέσο όρο 3,5 ιατρούς/1.000 κατοίκους).⁵ Εντούτοις, μια μέτρηση 4 ετών νωρίτερα έδειξε ότι μόλις το 5% (περίπου) του συνόλου των ιατρών εξειδικεύονταν στη Γενική Ιατρική⁶ (έναντι 25% κατά μέσο όρο στην Ευρώπη). Στα σημερινά δεδομένα, η αναλογία αυτή φαίνεται να είναι αισθητά υψηλότερη –αλλά εξακολουθεί να υπολείπεται των διεθνών προτύπων– σε μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ, όπου απασχολούνται 1.639 γενικοί ιατροί και αντιπροσωπεύουν το 13,7% του συνόλου των ιατρών στην ΠΦΥ του ΕΣΥ.³ Επομένως, είναι αδιαμφισβήτητο ότι πρόκειται για μια «υποτιμημένη» –ή έστω λιγότερο προτιμητέα– ιατρική ειδικότητα. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την ελεύθερη επιλογή παρόχου εκ μέρους του ασθενούς (freelance), και μάλιστα χωρίς περιορισμούς-συγκράτηση (gate-keeping), δεν μπορεί να θεωρηθεί ασυσχέτιστο με τον νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του ΕΣΥ, τόσο από άποψη προσφοράς (προτιμήσεις ιατρών, δομές, οργάνωση) όσο και ζήτησης (κατεύθυνση της δαπάνης υγείας).

Οι «προσωπικοί» ιατροί, που ήταν εγγεγραμμένοι στο σύστημα ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (ΗΦΥ) της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ), ήταν περίπου 2.000, ενώ υπάρχουν και λοιποί επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν στις εξωνοσοκομειακές δομές του ΕΣΥ. Επί πλέον, «προσωπικοί» ιατροί έχουν συμβληθεί με τον ΕΟΠΥΥ (>500 εγγεγραμμένοι στο σύστημα ΗΦΥ της ΗΔΙΚΑ). Συνεπώς, αναζητούνται 1.000 τουλάχιστον γενικοί

ιατροί, πλέον 1.000 παιδίατρων, προς συμπλήρωση.

Η μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών της ελληνικής ΠΦΥ περιορίζεται σε μισθούς, για τους μισθωτούς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, και κατά πράξη αμοιβές για τους αυτοαπασχολούμενους. Και στο συγκεκριμένο πεδίο η ελληνική ΠΦΥ φαίνεται να υπολείπεται σημαντικά των προηγμένων συστημάτων ΠΦΥ, καθώς δεν έχει δοκιμαστεί η κατά κεφαλή αμοιβή (capitation) ούτε κάποιο συνδυαστικό σύστημα παροχής οικονομικών κινήτρων (pay-for-performance), παρά το γεγονός ότι σχεδόν σύσσωμο το ιατρικό σώμα φαίνεται να είναι δυσαρεστημένο από την τρέχουσα αποζημίωση, όχι μόνο από το ύψος της αλλά και από την εν γένει μέθοδο.⁷

Τα παραπάνω φαίνεται να σχετίζονται και με την υψηλή αναλογία ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket) στο σύνολο των δαπανών υγείας –στην Ελλάδα υπερβαίνουν το 1/3 της συνολικής δαπάνης⁵– η οποία με τη σειρά της εξηγεί τα αυξημένα οικονομικά εμπόδια πρόσβασης (affordability) σε υπηρεσίες ΠΦΥ,⁸ στην προκειμένη περίπτωση αυτών που δεν είναι δωρεάν (από επαγγελματίες και μονάδες υγείας του ιδιωτικού τομέα).

Η περιγραφείσα υστέρηση της ελληνικής ΠΦΥ, σε σύγκριση με τα διεθνή πρότυπα, υπήρξε η αφορμή της παρούσας μελέτης. Απώτερος σκοπός της είναι να θέσει τη βάση για μια νέα μεταρρυθμιστική πολιτική ΠΦΥ, με επίκεντρο τον θεσμό του ΟΙ, και την ανάλογη ψηφιακή υποστήριξη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης αναζητήθηκαν τα πλέον πρόσφατα του 2020 ετήσια στοιχεία σχετικά με (α) τον αριθμό των ωφελούμενων και (β) τις χρησιμοποιούμενες (εκ μέρους τους) υπηρεσίες ΟΙ. Τα εν λόγω στοιχεία αντλήθηκαν επίσης από το Υπουργείο Υγείας και αφορούσαν στο έτος 2019. Συνδυάστηκαν με πληθυσμιακά δεδομένα, προερχόμενα από την τελευταία απογραφή (2011), προκειμένου να κατασκευαστούν δείκτες, ενδεικτικοί των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων στα δύο εξεταζόμενα ζητήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 1, σε κάθε ΟΙ του ΕΟΠΥΥ αναλογούσαν, το 2019, κατά μέσο όρο, 874 εγγεγραμμένοι, με την αναλογία αυτή να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων, αλλά και γεωγραφικά. Ειδικότερα, ο κατάλογος του μέσου παιδίατρου φάνηκε να ήταν τουλάχιστον 4 φορές πιο επιβαρυνμένος από εκείνον του μέσου παθολόγου-γενικού ιατρού (4.569 έναντι 1.081 εγγεγραμμένοι/ιατρός). Παράλληλα, στη Θεσσαλία και στην

Πίνακας 1. Εγγεγραμμένοι (ασφαλισμένοι) στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ανά διοικητική περιφέρεια.

Περιφέρεια	Εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό ΕΟΠΥΥ			
	Ανά παθολόγο – γενικό ιατρό	Ανά παιδίατρο	Ανά ιατρό (συνολικά)	Ως % του πληθυσμού
ΑΜΘ	1.058	7.054	920	3,5
Αττική	1.095	5.867	923	8,6
Δυτική Μακεδονία	1.286	2.572	857	0,9
Δυτική Ελλάδα	656	3.934	562	2,9
Ήπειρος	832	17.464	794	5,2
Θεσσαλία	1.619	4.047	1.156	9,9
Ιόνια Νησιά	682	1.705	487	1,6
Κεντρική Μακεδονία	1.192	2.660	823	5,5
Κρήτη	1.322	7.273	1.119	7,0
Νησιά βορείου Αιγαίου	474	–	474	2,6
Νησιά νοτίου Αιγαίου	930	–	930	3,0
Πελοπόννησος	638	3.061	528	2,6
Στερεά Ελλάδα	783	2.176	576	3,6
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	1.081	4.569	874	6,1

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Υπουργείου Υγείας (2019). ΑΜΘ: Ανατολική Μακεδονία και Θράκη

Κρήτη ο συνολικός δείκτης υπερέβη τους 1.100 εγγεγραμμένους/ιατρό, την ίδια στιγμή που σε τρεις περιφέρειες (νησιά Ιονίου, νησιά βορείου Αιγαίου, Πελοπόννησος) ο δείκτης κυμάνθηκε ελαφρώς υψηλότερα ή χαμηλότερα από τους 500 εγγεγραμμένους/ιατρό. Παρόμοιες ακραίες (άνω) τιμές παρατηρήθηκαν στην αναλογία των παιδιάτρων στην Ήπειρο, καθώς και στην αναλογία παθολόγων-γενικών ιατρών στη Θεσσαλία. Οι προαναφερθείσες γεωγραφικές διαφοροποιήσεις φάνηκε να συνδέονται περισσότερο με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασφαλισμένων (και λιγότερο με τον αριθμό των ιατρών). Για παράδειγμα, στη Θεσσαλία ο αριθμός των εγγεγραμμένων σε κατάλογο ΟΙ, ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού της ίδιας περιφέρειας,

ήταν συγκριτικά ο υψηλότερος (9,9%). Γενικά, η απήχηση του θεσμού του ΟΙ, όπως αντικατοπτρίστηκε από τον συγκεκριμένο δείκτη, είναι χαμηλή στο σύνολο της χώρας (6,1%) και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί υποτυπώδης στη δυτική Μακεδονία και στα νησιά του Ιονίου (0,9% και 1,6%, αντίστοιχα).

Ανάλογα συμπεράσματα εξήχθησαν και από τα στοιχεία του πίνακα 2, όπου περιελήφθησαν (μόνο) οι ΟΙ του ΕΣΥ και η γεωγραφική τους κατανομή παρουσιάστηκε βάσει υγειονομικών περιφερειών (ΥΠε). Παρατηρήθηκε, κατ' αρχάς, ότι η πίεση στους καταλόγους των ΟΙ του ΕΣΥ ήταν σημαντικά πιο ασθενής σε σχέση με εκείνη των ια-

Πίνακας 2. Εγγεγραμμένοι (πολίτες) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ανά υγειονομική περιφέρεια.

Περιφέρεια	Εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό ΕΣΥ			
	Ανά παθολόγο – γενικό ιατρό	Ανά παιδίατρο	Ανά ιατρό (συνολικά)	Ως % του πληθυσμού
1η	240	511	164	1,1
2η	154	744	127	3,6
3η	343	2.306	299	6,7
4η	82	743	74	3,1
5η	79	1.221	74	2,8
6η	108	1.113	99	4,1
7η	193	1.896	175	10,0
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	147	1.111	129	3,6

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Υπουργείου Υγείας (2019)

τρών ΕΟΠΥΥ (σε αντιπαραβολή με τον πίνακα 1). Επίσης, επαληθεύτηκε με ενισχυμένο τρόπο ότι η επιβάρυνση του καταλόγου του μέσου παιδίατρού ήταν πολλαπλάσια εκείνης του μέσου παθολόγου-γενικού ιατρού (1.111 έναντι 147 εγγεγραμμένοι/ιατρό). Γεωγραφικά, ο δείκτης ήταν αυξημένος και πάνω από τον μέσο όρο για τους παιδίατρους στην 3η και στην 7η ΥΠε (2.306 και 1.896 εγγεγραμμένοι/ιατρό, αντίστοιχα), ενώ αυξημένη ήταν η πίεση και για τους παθολόγους-γενικούς ιατρούς στην 1η και στην 3η ΥΠε (240 και 343 εγγεγραμμένοι/ιατρό, αντίστοιχα). Η αναλογία των εγγεγραμμένων στο σύνολο του πληθυσμού και πάλι παρουσίασε σημαντικές γεωγραφικές αποκλίσεις, με τον μέσο όρο να βρίσκεται στο 3,6%, την 1η ΥΠε στο 1,1% (ελάχιστο) και την 7η ΥΠε στο 10% (μέγιστο).

Όσον αφορά στη χρήση υπηρεσιών ΟΙ του ΕΟΠΥΥ, το 2019 καταγράφηκαν, κατά μέσο όρο, 2,8 επισκέψεις/εγγεγραμμένο και 103 επισκέψεις/ιατρό στο σύνολο της χώρας (πίν. 3). Οι μέσοι όροι των δύο δεικτών διαμορφώθηκαν κυρίως από τα αντίστοιχα μεγέθη για τους παθολόγους-γενικούς ιατρούς (2,7 και 107, αντίστοιχα). Αντίθετα, ο μέσος εγγεγραμμένος φάνηκε να επισκεπτόταν συχνότερα τους παιδίατρους (3,6 επισκέψεις/εγγεγραμμένο), αλλά ο μέσος παιδίατρος δέχθηκε λιγότερες επισκέψεις σε ετήσια βάση (90 επισκέψεις/ιατρό). Το τελευταίο αποτέλεσμα αντιστάθμισε τη μεγαλύτερη επιβάρυνση του καταλόγου των παιδίατρων σε σχέση με εκείνη των παθολόγων-γενικών ιατρών, όπως είχε προκύψει από τα στοιχεία του πίνακα 1. Γεωγραφικές διαφοροποιήσεις υφίσταντο και σε

αυτή την περίπτωση. Συγκεκριμένα, στην Αττική και στην Πελοπόννησο ο μέσος εγγεγραμμένος πραγματοποίησε τουλάχιστον 4 επισκέψεις σε παθολόγο-γενικό ιατρό, ενώ αυξημένη (σε σχέση με τον μέσο όρο) ήταν και η μέση συχνότητα επισκέψεων σε παιδίατρο στη δυτική Ελλάδα (4,6 επισκέψεις/εγγεγραμμένο). Αντίστοιχα, υπερδιπλάσιες του μέσου όρου ήταν οι επισκέψεις ανά παιδίατρο στη δυτική Μακεδονία (201 επισκέψεις/ιατρό), όπως επίσης οι επισκέψεις ανά παθολόγο-γενικό ιατρό στην Αττική και στη Θεσσαλία (234 και 219 επισκέψεις/ιατρό, αντίστοιχα).

Και ενώ τα στοιχεία του πίνακα 2 έδειξαν ότι οι κατάλογοι των ΟΙ του ΕΣΥ ήταν σημαντικά μικρότεροι σε σχέση με εκείνους των ιατρών ΕΟΠΥΥ, τουναντίον τα στοιχεία του πίνακα 4 δείχνουν ότι η χρήση υπηρεσιών ήταν κατά μέσο όρο εντονότερη στο ΕΣΥ. Αυτό ήταν αναμενόμενο, γιατί οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ προσφέρουν σαφώς μεγαλύτερη γεωγραφική κάλυψη σε σχέση με τους συμβεβλημένους του ΕΟΠΥΥ. Έτσι, το 2019, καταγράφηκαν κατά μέσο όρο 4 επισκέψεις/εγγεγραμμένο και 901 επισκέψεις/ιατρό στο σύνολο της χώρας. Διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν τόσο μεταξύ των ΥΠε όσο και μεταξύ των μονάδων ΠΦΥ. Ωστόσο, υπάρχει μια κοινή διαπίστωση ότι σε όλες τις ΥΠε η παραγωγικότητα των ΟΙ, όπως προκύπτει από τον δείκτη «επισκέψεις/ιατρό», ήταν υψηλότερη στις ΤΟΜΥ σε σχέση με τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία (ΚΥ-ΠΙ), κυρίως λόγω των πληθυσμιακών δεδομένων στα αστικά κέντρα. Η παραγωγικότητα των ΟΙ μεγιστοποιήθηκε στις ΤΟΜΥ της 3ης ΥΠε, υπερβαίνοντας τις 2.000 επισκέψεις/

Πίνακας 3. Επισκέψεις σε οικογενειακό ιατρό του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ανά διοικητική περιφέρεια.

Περιφέρεια	Γενικοί ιατροί – παθολόγοι		Παιδίατροι		Σύνολο	
	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό
ΑΜΘ	2,2	63	–	–	2,2	63
Αττική	2,8	88	3,3	77	2,9	85
Δυτική Ελλάδα	3,5	158	3,0	201	3,3	175
Ήπειρος	2,6	219	2,3	90	2,6	197
Θεσσαλία	2,5	149	3,4	37	2,6	121
Ιόνια νησιά	2,0	12	–	–	2,0	12
Κεντρική Μακεδονία	2,6	87	4,6	133	3,1	101
Κρήτη	3,3	5	–	–	3,3	5
Νησιά βορείου Αιγαίου	4,0	8	–	–	4,0	8
Νησιά νοτίου Αιγαίου	4,5	234	–	–	4,5	234
Πελοπόννησος	2,4	167	3,0	6	2,4	147
Στερεά Ελλάδα	2,0	10	2,0	60	2,0	35
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	2,7	107	3,6	90	2,8	103

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Υπουργείου Υγείας (2019). ΑΜΘ: Ανατολική Μακεδονία και Θράκη

Πίνακας 4. Επισκέψεις σε οικογενειακό ιατρό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠε).

ΥΠε	ΤΟΜΥ		ΚΥ-ΠΙ		Σύνολο	
	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό
1η	3,8	1.360	3,4	63	3,8	1.237
2η	3,9	981	3,9	257	3,9	730
3η	3,9	2.078	2,7	200	3,8	1.311
4η	4,2	1.452	2,0	51	4,1	857
5η	3,2	891	3,6	135	3,2	400
6η	4,4	1.224	3,9	164	4,3	847
7η	3,9	594	3,4	141	3,8	369
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	4,0	1.348	3,2	154	4,0	901

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Υπουργείου Υγείας (2019)

ΤΟΜΥ: Τοπικές μονάδες υγείας, ΚΥ-ΠΙ: Κέντρα υγείας-περιφερειακά ιατρεία

ιατρό σε ετήσια βάση. Στον ίδιο δείκτη αξιοσημείωτες ήταν οι γεωγραφικές αποκλίσεις από τον μέσο όρο, με τις ΤΟΜΥ της 7ης ΥΠε να υπολείπονται σημαντικά (594 επισκέψεις/ιατρό) και τις ΤΟΜΥ της 5ης ΥΠε σε μικρότερο βαθμό (891 επισκέψεις/ιατρό). Αντίστοιχα, η συχνότητα επισκέψεων από την πλευρά των πολιτών (δείκτης «επισκέψεις/εγγεγραμμένο»), η οποία σε κάποιον βαθμό θα μπορούσε να αντικατοπτρίζει και τις προτιμήσεις τους μεταξύ των μονάδων ΠΦΥ, ήταν και πάλι υψηλότερη για τις ΤΟΜΥ, χωρίς να παρατηρούνται αυτή τη φορά άξιες λόγου διαφοροποιήσεις μεταξύ των ΥΠε. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω στοιχεία επισκεψιμότητας συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ΟΙ. Συνεπώς, τίθεται θέμα αξιοπιστίας τους εφόσον δεν υπάρχει ομοιομορφία στην καταγραφή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ιατροί της ΠΦΥ στην Ελλάδα αφ' ενός δεν επαρκούν για όλο τον πληθυσμό και αφ' ετέρου δεν είναι «οργανωμένοι» σε ένα ενιαίο, ανά περιφέρεια, νομό, δήμο και διαμέρισμα-σύστημα ΠΦΥ. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι οι μισθωτοί του ΕΣΥ και οι εγγεγραμμένοι σε αυτούς πολίτες παρακολουθούνται σε επίπεδο ΥΠε, ενώ τα αντίστοιχα μεγέθη για τους αυτοαπασχολούμενους του ΕΟΠΥΥ παρακολουθούνται σε επίπεδο διοικητικής περιφέρειας (πίνακες 1–4).

Επί πλέον, από την ανάλυση που προηγήθηκε διαπιστώθηκαν ελλείμματα «παραγωγικότητας» στα ΚΥ-ΠΙ, που επιβεβαιώνουν παλαιότερη μελέτη σύμφωνα με την οποία οι εν λόγω μονάδες ΠΦΥ χρήζουν αναβάθμισης στις ελλείψεις προσωπικού, στην ανεπάρκεια πόρων και στην τήρηση ιατρικού φακέλου.⁹ Στο σημείο αυτό αναδύεται μια διατυπωμένη, σχεδόν δύο δεκαετίες πριν, πρόταση για συν-

εκπαίδευση των ιατρών των διαφορετικών δομών της ΠΦΥ.¹⁰

Ο προγραμματισμός των πλέον των 1.000 σημείων ΠΦΥ για τους εμβολιασμούς έναντι της Covid-19 είναι μια ευκαιρία για τα προαναφερθέντα.

Εκτός του ελλείμματος (κοινής) οργάνωσης, υφίσταται σημαντικό έλλειμμα τόσο στη μέθοδο όσο και στο ύψος των αμοιβών τους. Θα πρέπει –έστω και με καθυστέρηση συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες– να εγκαταλειφθούν οι οριζόντιες και προσηλωμένες στους δημοσιονομικούς κανόνες αμοιβές και να εφαρμοστούν συστήματα *caritation* και *pay-for-performance*, προκειμένου να ανταμειφθούν οι ΟΙ με ήδη αυξημένη δραστηριότητα και παραγωγικότητα (βλ. διαφορές μεταξύ ΤΟΜΥ και ΚΥ-ΠΙ στον πίνακα 4), όπως επίσης να δημιουργηθεί το ανάλογο κίνητρο για βελτιωμένες επιδόσεις σε όσους υπολείπονται, αλλά και σε αυτούς που δεν επιθυμούν να προσχωρήσουν στον θεσμό. Το τελευταίο στοιχείο θεωρείται σημαντικό, ειδικά για τους παιδιάτρους που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, καθώς, όπως φάνηκε στους πίνακες της προηγούμενης ενότητας, υπάρχουν διοικητικές περιφέρειες με παντελή έλλειψη της σχετικής ειδικότητας. Η βιβλιογραφία προτείνει συγκεκριμένα κίνητρα για την επιτυχή αντιμετώπιση τέτοιου είδους προβλημάτων κάλυψης.¹¹ Με ανάλογα κίνητρα μπορεί να αντιμετωπιστεί και η γενικότερη έλλειψη ΟΙ. Η εμπειρία από άλλες χώρες δείχνει ότι μπορεί να αλλάξει η δομή της ΠΦΥ, προσελκύοντας τους νέους πτυχιούχους των ιατρικών σχολών στην επιθυμητή ειδικότητα.^{12,13}

Επί πλέον, λόγω έλλειψης ενημέρωσης ή εμπιστοσύνης των πολιτών, εκτιμάται ότι είχαν εγγραφεί σε ΟΙ το 15% περίπου του πληθυσμού, ενώ το 5% ανέμενε, λόγω ελλείψεων, με το υπόλοιπο 80% περίπου να ήταν εκτός «συστήματος» (θα μπορούσε άμεσα και οργανωμένα να μειωθεί στο 50%).

Ο (ατομικός) ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (ΑΗΦΥ)

(πολίτη-ασθενούς), με καθολική επέκτασή του σε όλη την ΠΦΥ, μπορεί και πρέπει να γίνει «ομπρέλα», τόσο για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση όσο και για τις νοσοκομειακές εφαρμογές, μέσω ιστορικού νοσηλείας. Προς το παρόν, επείγει η εν λόγω επέκταση για την ΠΦΥ και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, με στόχο την πλέον γενικευμένη χρήση ιατρών και πολιτών. Η υποδομή του ΑΗΦΥ βελτιώθηκε πρόσφατα, και με την άυλη συνταγογράφηση, αλλά πρέπει να βελτιωθεί και άλλο, με στόχο ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, που θα περιλαμβάνει και ανάλογο δίκτυο Τηλεϊατρικής και νοσοκομείων.

Το ζητούμενο για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι ότι μάλλον θα βγει πιο δυνατό σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους και από την τρέχουσα πανδημία. Όμως, είναι ευκαιρία να βγει, και από αυτή την κρίση, με ένα ολοκληρωμένο και σύγχρονο σύστημα (και) ΠΦΥ, στο οποίο τα παιδιά θα έχουν τον προσωπικό τους παιδίατρο (εκτίμηση για 1.000 παιδίατρος) και οι ενήλικες τον προσωπικό (οικογενειακό) τους (επιτέλους) ιατρό (εκτίμηση για 4.500 γενικούς ιατρούς ή παθολόγους κ.ά.), με πληθυσμιακά και άλλα κριτήρια.

Ο ΕΟΠΥΥ πρέπει ή μπορεί να αναλάβει συμπληρωματικά και αυτόν τον ρόλο, όπως σε ανάλογα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, αλλά και όπως προέβλεπε ο ιδρυτικός του ρόλος. Και αυτό μπορεί να συνδυαστεί με τον ΑΗΦΥ κάθε πολίτη, όπως έχει υλοποιηθεί από την ΗΔΙΚΑ, αλλά χρήζει βελτίωσης. Η ΗΔΙΚΑ, εκτός της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ανέλαβε πρόσφατα και την άυλη συνταγογράφηση επιτυχώς, η οποία όμως πρέπει και αυτή να ενταχθεί στον ΑΗΦΥ.

Είναι η ώρα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα να αναδιαταχθεί με βάση και τις εξής τέσσερις κατευθύνσεις: Πρώτον, τη δημόσια υγεία, μέσω της πρόληψης και στη συνέχεια της αντιμετώπισης των χρόνιων νοσημάτων. Δεύτερον, την ενίσχυση της ΠΦΥ, λαμβάνοντας υπ' όψιν όλο το εξωνοσοκομειακό φάσμα διαθέσιμων και αναγκαίων υπηρεσιών, με πρώτο κύκλο τους προσωπικούς ιατρούς

(γενικούς, παθολόγους, παιδίατρος) και διαβαθμισμένη, κατά κεφαλή ασφαλισμένου στον ΕΟΠΥΥ αμοιβή, καθώς και δεύτερο κύκλο (ειδικοί ιατροί και διαγνωστικά κέντρα) συμβεβλημένων με επανακοστολογημένη κατά πράξη αμοιβή (fee-for-service). Τρίτον, την ενιαία ψηφιοποίηση όλων των μορφών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, στον ΕΟΠΥΥ, κάτω από τον ΗΦΥ, που θα περιλαμβάνει όλα τα ανωτέρω, για καταγραφή, συλλογή και αξιολόγηση των αναγκών δεδομένων, περιοδικά και ετήσια, με στόχο ενιαία διαχείριση του κάθε πολίτη-ασθενούς υπό συγκεκριμένες διαδικασίες (και πρωτόκολλα). Τέταρτον, τον ανασχεδιασμό στο ανθρώπινο δυναμικό και στην εκπαίδευσή του (περιλαμβανομένης της μετεκπαίδευσης), με στόχο την αναγκαία και απαραίτητη ανανέωση του συστήματος υγείας, την αξιολόγηση και τις ανάλογες αμοιβές, αντίστοιχα.

Επί πλέον οφέλη στο εγχώριο σύστημα υγείας θα επιτευχθούν από την ενοποίηση του δικτύου ΠΦΥ του ΕΣΥ, με την προτεινόμενη οργανωτική δομή να περιλαμβάνει: (α) το Υπουργείο Υγείας με τη Γενική Γραμματεία και τη Διεύθυνση ΠΦΥ, (β) τις διοικήσεις των ΥΠε (7) με ανάλογη διεύθυνση ΠΦΥ, (γ) 150 περίπου αστικά κέντρα υγείας με τις συνδεδεμένες 200 περίπου ΤΟΜΥ, (δ) 200 περίπου αγροτικά κέντρα υγείας με τα συνδεδεμένα 1.500 περίπου αγροτικά ιατρεία και (ε) τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Συμπληρωματικά στα ανωτέρω πρέπει να συναφθούν συμβάσεις μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικών φορέων ΠΦΥ, δηλαδή με προσωπικούς ιατρούς και παιδίατρος του πρώτου κύκλου ΠΦΥ, αμειβόμενων διαβαθμισμένα και κατά κεφαλή μαζί με μια κατά πράξη αμοιβή για προληπτικές εξετάσεις και εμβολιασμούς, με ειδικούς ιατρούς του δεύτερου κύκλου (χρόνια νοσήματα), αμειβόμενων κατά πράξη αρχικά μαζί με κίνητρα για «ομαδική πρακτική» (group practice) και στη συνέχεια αμειβόμενων διαβαθμισμένα κατά κεφαλή, καθώς και με επιλεγμένα (ποιοτικά και γεωγραφικά) διαγνωστικά κέντρα για παρακλινικές εξετάσεις, με επανακοστολόγησή τους, προκειμένου να αποφευχθεί και η συνέχιση της πολιτικής των αναγκαστικών επιστροφών (clawback).

ABSTRACT

Primary health care: The Greek case, in the perspective of reform

S. KARAKOLIAS,¹ D. BARTZOKAS,² N. POLYZOS¹¹Department of Social Work, Democritus University Thrace, Komotini, ²Ministry of Health, Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(4):524–530*

OBJECTIVE To describe the current situation and to formulate reform proposals for the Greek Primary Health Care (PHC) system, with emphasis on issues related to family doctors (FDs). **METHOD** Aggregated data for 2019 were collected from the Greek Ministry of Health concerning the geographical distribution of FDs and the utilization of their services by patients. Combined with population data, this information was used to construct density and work-load indicators. **RESULTS** Data analysis showed that each self-employed FD contracted with the National Organization for Healthcare Provision (EOPYY) had an average of 874 patients on his(her) list, with the average of pediatricians (4,569 patients/doctor) being many times that of general practitioners (GPs) (1,081 patients/doctor). Similar findings emerged for the FDs employed in the National Health System (ESY) units, but their average patient list was clearly less burdened (129 patients/doctor). The common denominator includes the significant geographical differences in the number of patients per doctor, along with the fact that only 10% of the total population of the country was found to be registered with either EOPYY or ESY FDs. In parallel, the use of the services provided by the ESY FDs was more intense (901 visits/doctor, 4 visits/patient) than those provided by self-employed FDs (103 visits/doctor, 2.8 visits/patient), with a remarkable service excess at the local health units (TOMYs) compared with health centers and their regional medical units (KY-PI), according to prescriptions in urban areas. **CONCLUSIONS** To date, the FD institution in Greece is under-functioning, with a shortage of doctors, irrational geographical distribution, and significant differences in the burden of the patient lists and in the doctors' workload. This situation requires further reform, in the form of interventions to create financial incentives for FDs, and unification of the organization and operation of PHC units, starting with the use of modern information technologies.

Key words: Family doctor, Geographical distribution, Primary health care, Reform, Service utilization

Βιβλιογραφία

- BREKKE KR, NUSHELDER R, STRAUME OR. Gatekeeping in health care. *J Health Econ* 2007, 26:149–170
- BOERMA W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W (eds) *WHO, Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Open University Press, Berkshire, 2006:3–21
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Αδημοσίευτα στοιχεία 2019 και Μαρτίου 2020. Αθήνα, 2020
- POLYZOS MN, KARAKOLIAS S, DIKEOS C, THEODOROU M, KASTANIOTI C, MAMA K ET AL. The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed? *BMC Health Serv Res* 2014, 14:583
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a glance 2019: OECD indicators. OECD Publishing, Paris, 2019
- KARAKOLIAS S, POLYZOS MN. The newly established unified healthcare fund (EOPYY): Current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of Primary Health Care, in Greece. *Health* 2014, 6:809–821
- KARAKOLIAS S, KASTANIOTI C, THEODOROU M, POLYZOS MN. Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration: evidence from Greek public sector. *Inquiry* 2017, 54:46958017692274
- THOMSON S, CYLUS J, EVETOVITS T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019
- OIKONOMIDOU E, ANASTASIOU F, DERVAS D, PATRI F, KARAKLIDIS D, MOUSTAKAS P ET AL. Rural primary care in Greece: Working under limited resources. *Int J Qual Health Care* 2010, 22:333–337
- ΦΙΛΑΛΛΗΘΗΣ Α. Η ιατρική εκπαίδευση και η εκπαίδευση στο κέντρο υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2003, 15:5–7
- CHEVREUL K, DURAND-ZALESKI I, BAHRAMI SB, HERNÁNDEZ-QUEVEDO C, MLADOVSKY P. France: Health system review. *Health Syst Transit* 2010, 12:1–291
- ABELSEN B, OLSEN JA. Does an activity-based remuneration system attract young doctors to general practice? *BMC Health Serv Res* 2012, 12:68
- NEXØE J. Developing Danish general practice. *Scand J Prim Health Care* 2013, 31:129–130

Corresponding author:

S. Karakolias, 35 M. Antypa street, 57001 Thessaloniki, Greece
e-mail: s.karakolias@gmail.com